

полости матки, у 58(47,54%) женщин посев не дал роста аэробной и анаэробной микрофлоры. Обследованы 101 пациентка основной группы и 21 пациентка группы сравнения. Среди пациенток с хроническим эндометритом рост микроорганизмов получен у 60(59,41%) женщин, у 41(40,59%) этиологический фактор воспаления не определен, у 4(3,96%) определен смешанный фактор воспаления.

В группе сравнения микроорганизмы в полости матки выделены у 4(19,05%), у 17(80,95%) пациенток рост микроорганизмов не получен. Таким образом, микроорганизмы в полости матки статистически значимо чаще выделялись у пациенток с хроническим эндометритом ($\chi^2=11,35$, $p=0,001$). В основной группе у 42 пациенток отмечен массивный рост микроорганизмов, в группе сравнения у всех пациенток рост был скудный ($\chi^2=11,37$, $p=0,001$). Наиболее часто выявляемым видом микроорганизмов у пациенток основной группы был *Enterococcus faecalis*, выделенный у 15(14,85%) пациенток как монокультура, у 2(1,98%) в сочетании с другими микроорганизмами. В группе сравнения в полости матки выделены следующие микроорганизмы: *Enterococcus faecalis* – 2(9,52%), с одинаковой частотой 1(4,76%) определялись *Enterococcus faecium* и *Escherichia coli*.

Всего у обследованных пациенток обеих групп выделено 68 штаммов микроорганизмов, из них 64 – бактерии. Следует отметить, что у 41(40,59%) пациенток основной группы этиологический фактор воспаления не определен, антибактериальная терапия в данном случае не принесет эффекта и может привести к формированию антибиотикорезистентности.

Заключение. Среди пациенток с хроническим эндометритом рост микроорганизмов в материале из полости матки получен у 60(59,41%) женщин, у 41(40,59%) этиологический фактор воспаления не определен, у 4(3,96%) определен смешанный фактор воспаления. Таким образом, выбор антибактериальной терапии хронического эндометрита должен быть основан на результатах микробиологического исследования эндометрия с учетом резистентности к препаратам.

Литература:

1. Клинико-анамнестические, иммунологические, эхографические и гистероскопические особенности хронического эндометрита ассоциированного с нарушением репродуктивной функции / А.И. Ищенко [и др.] // Вестн. РАМН. – 2018. – № 73 (1). – С. 5–15. doi: 10.15690/vramn927
2. The reability of the histological diagnosis of endometritis in asymptomatic IVF cases: a multicenter observer study / J.C. Kaisus[et al.] // Human Reproduction. – 2012. – Vol. 27. – P. 153–158. doi: 10.1093/humrep/der341
3. Prevalence of chronic endometritis in repeated unexplained implantation failure and the IVF success rate after antibiotictherapy / E. Cicinelli [et al.]. – 2015. – Vol. 30, N 2. – P. 323–330. doi:10.1093/humrep/deu292

УДК 616-053.2:618.177-089.888.4

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ ЭКО: ВЗГЛЯД ПЕДИАТРА

*Лысенко И.М.¹, Лысенко О.В.^{1,2}, Рождественская Т.А.^{1,2},
Лысенко А.С.³, Журавлева Е.В.⁴*

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УО Семейный центр здоровья БИНА²

УО «Белорусский государственный медицинский университет»³

УЗ «Витебский областной родильный дом»⁴

Введение. После применения ВРТ всегда возникают вопросы относительно здоровья и развития рожденных детей. Данные литературы при этом противоречивы. Есть мнение, что при беременности после ЭКО, ЭКО/ИКСИ повышен риск: мертворождения или смерти новорожденных; преждевременных родов; низкого веса при рождении; экстремально низкого веса при рождении.

С другой стороны, применение ЭКО/ИКСИ не имеет негативных последствий для здоровья детей [1,2], не выявлено статистически значимой разницы в весе и росте детей при рождении, не найдено сердечно-сосудистых нарушений и отклонений антропометрического развития. После ЭКО/ИКСИ в 1,6 раза меньшие центильные значения роста в первые 3 года жизни, это нивелируется к 5 годам; но отсутствует разница в ростовых показателях детей в первые 3 года жизни между ЭКО и ЭКО/ИКСИ. В течение первых 5 лет жизни у детей после ЭКО и ЭКО/ИКСИ, чаще отмечены детские инфекции, хирургические вмешательства, медикаментозная терапия, госпитализация в стационар. Показано, что способность к выступлениям в школьных мероприятиях была лучше у детей после ВРТ. С 2-х до 5-ти лет нет различий в психомоторном, когнитивном, интеллектуальном и психологическом развитии.

Дети, рожденные после ВРТ, имеют повышенный риск врожденных пороков развития (ВПР) (ОР=1,40 [95% ДИ 1,31-1,49]. Одноплодная беременность после ЭКО/ИКСИ связана с более высокими рисками для большинства конкретных ВПР: глаз, уха, лица и шеи, органов пищеварения и др. Другая проблема – многоплодная беременность. Учитывая, что значимым риском ВРТ является многоплодная беременность, пары должны быть информированы об увеличенном риске многоплодной беременности. Есть данные, что при двойнях от ВРТ риск перинатальной смертности на 40,0% ниже, а риск преждевременных родов в 1-2 раза выше в сравнении со спонтанными двойнями. Отмечается более высокая частота монозиготных двоен после трансфера бластоцист в сравнении с переносом эмбрионов на стадии дробления.

Цель исследования. Проанализировать структуру бесплодия, особенности родоразрешения пациентов, прибегших к вспомогательным репродуктивным технологиям и перинатальные исходы после применения экстракорпорального оплодотворения, проанализировать состояние здоровья детей.

Методика. Представлен ретроспективный анализ 100 родов после применения вспомогательных репродуктивных технологий, проведенных в различных центрах РБ, произошедших в родильных домах г. Витебска с 2015 по 2017 гг.

В случае нормального характера распределения результатов исследования статистическая обработка выполнялась методами параметрической статистики. В случаях, когда распределение сравниваемых признаков не удовлетворяло закону нормального распределения признака, применяли непараметрические методы. Если распределение носило нормальный характер, данные приводили в виде $M \pm SD$, где M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение. Использовался пакет прикладных программ «STATISTICA 6.0».

Результаты исследования. Среди 100 родивших, в возрасте от 25 до 34 лет было 49 пациенток (36,3%); в возрасте от 35 до 39 лет – 71 (52,6%) женщина; в возрасте от 40 до 42 лет – 12 (8,9%) пациенток; в возрасте старше 42 лет – 3 (2,2%) женщины.

При анализе анамнестических данных установлено, что длительность бесплодия составила $8,4 \pm 1,8$ лет. Первичное бесплодие зарегистрировано у 46 женщин (34 %). Сочетание нескольких факторов бесплодия выявлено у 83 женщин, (61,5%). Чаще всего в структуре женского бесплодия встречались: эндокринный фактор (47,4%); эндометриоз-ассоциированное бесплодие (43,7%); трубный фактор (38,5%). Сочетание мужского и женского факторов бесплодия (комбинированное бесплодие) - у 45,2% (61 пара). Мужской фактор бесплодия составил 51,1% (69 чел.), астенотератозооспермия - определена как наиболее значимый фактор.

Снижение овариального резерва выявлено у 53 женщин (39,3%). Наиболее частыми причинами -оперативные вмешательства на яичниках и двухсторонняя сальпингэктомия. В 31,1% случаев при проведении индукции суперовуляции использован протокол с применением агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона, в 68,9% — протокол с применением антагонистов гонадотропин-рилизинг-гормона. Во всех случаях в качестве триггера финального созревания ооцитов использован хориогонадотропин альфа. При проведении оплодотворения в 39 (28,9%) случаях использовано ЭКО, а в 96 (71,1%) случаях — интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ИКСИ). В полость матки в 63,0% случаев было перенесено два эмбриона, в 37,0% — один. В 26,7% случаев переносились эмбрионы на стадии дробления, в 73,3% — бластоцисты. Частота наступления многоплодной беременности составила 26,7%. Анализ течения беременности и родов: подавляющее большинство женщин (102 (75,6%)) госпитализировались в гинекологическое отделение до 22 недель и в отделение патологии беременности после 22 недель от 1 до 5 раз. Путем операции кесарева сечения родоразрешено 105 (77,8%) женщин. Основными показаниями к кесареву сечению были: отягощенный анамнез (тазовое предлежание плода, рубец на матке, аномалии родовой деятельности, преэклампсия, предлежание плаценты). Из 105 родов 42 (31,1%) были преждевременными, 31 (73,8%) многоплодная беременность. Выписаны домой 70,4% новорожденных, переведены на второй этап выхаживания 29,6% новорожденных. Частота ВПР и хромосомной патологии не связана с характером зачатия. Анализ состояния здоровья детей в течение первых 2 лет жизни показал: 126 (93,3%) детей практически здоровы, хронические заболевания (Ш группа здоровья) - у 9 (6,7%) пациентов.

Обсуждение результатов. Бесплодие на сегодняшний день является проблемой, затрагивающей многие аспекты жизни современного человека. Но общей мировой статистики не существует. Зачастую бесплодие является мультифакториальным и сочетает в себе мужской и женский факторы. Даже в случае, когда причиной является один из партнеров, эта проблема кардинально меняет жизнь обоих супругов. Несмотря на широкое применение вспомогательных репродуктивных технологий, проблема перинатальных исходов и состояния детей остается чрезвычайно актуальной и требует постоянного мониторинга. Наши данные подтверждают данные литературы о том, что к применению ВРТ прибегают в большинстве женщины позднего репродуктивного возраста, причем в структуре женского бесплодия чаще встречается сочетание нескольких факторов. Нами установлено, что в трети случаев используются протоколы с применением агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона. А ИКСИ на настоящий момент является ведущим методом оплодотворения в программах ВРТ. Несмотря на часто обсуждаемое преимущество селективного переноса одного эмбриона с целью предотвращения многоплодной беременности, до настоящего времени в 2/3 случаев в полость матки переносят более одного эмбриона. Ведущим способом родоразрешения после применения ВРТ является операция кесарева сечения. Несмотря на отягощенное течение беременности и родов, подавляющее число детей выписано домой. В течение двух лет практически все дети отнесены к группе практически здоровых.

Заключение. Причины бесплодия носят мультифакториальный характер, а женщины, обращающиеся в специализированные центры в позднем репродуктивном возрасте. При преимуществе селективного переноса одного эмбриона, продолжают переносить более одного эмбриона. Ведущим способом родоразрешения после ВРТ остается кесарево сечение. Нами не найдено серьезных отклонений в физическом развитии доношенных новорожденных после ВРТ, но вопрос о здоровье детей, рожденных в результате ВРТ, еще не решен.

Литература:

1. Allen, V.M. Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology / V.M. Allen, R.D.Wilson, A. Cheung // J Obstet Gynaecol Can. – 2006. – Vol. 28, № 3. – P. 220–233.

2. Waynforth, D. Effects of Conception Using Assisted Reproductive Technologies on Infant Health and Development: An Evolutionary Perspective and Analysis Using UK Millennium Cohort Data / D. Waynforth // Yale J Biol Med. – 2018. – Vol. 91, № 3. – P. 225–235.

УДК 616-058.86-036.12-08-003.9

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ: ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ

Лысенко И.М.¹, Потапова В.Е.¹, Домбьялова Э.С.², Лысенко А.С.³

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебский областной детский клинический центр»²

УО «Белорусский государственный медицинский университет»³

Целью настоящего исследования является изучение клинического течения респираторной заболеваемости у детей-дошкольников, лечение пациентов и их реабилитация. Частота ОРЗ до 8 раз в год при отсутствии осложнений является вариантом нормы. Иммунные нарушения не стойкие [1,2].

Основа диагностики частой респираторной заболеваемости: исключение специфических заболеваний дыхательных путей, уровня поражения.

Общие принципы терапии заболеваний дыхательной системы у детей

Особенности этиологии и патогенеза инфекций респираторного тракта у детей диктуют иные подходы к выбору терапии. Основным принципом терапии является раннее начало с учетом предполагаемой этиологии и клинической формы заболевания, степени тяжести, осложнений, сопутствующих заболеваний.

Этиотропная терапия. Основными направлениями в терапии респираторных заболеваний является этиотропная и патогенетическая терапия. В этиотропной терапии **выделяют противовирусную, антибактериальную и противогрибковую.**

У детей раннего возраста выбор эффективных и безопасных химиотерапевтических средств этиотропной терапии при ОРВИ весьма ограничен. При ОРВИ у детей раннего возраста в основном используются те препараты, которые характеризуются широким противовирусным спектром за счет неспецифических механизмов действия. В педиатрической практике наиболее часто применяются препараты интерферона.

Виферон – комбинированный препарат рекомбинантного интерферона- $\alpha 2\beta$ ассоциированного с мембраностабилизирующими препаратами (антиоксидантами), выпускается в виде суппозитория.

Показание к назначению антибактериальной терапии: развитие явно бактериального воспалительного процесса в дыхательных путях: гнойного среднего отита; гнойного синусита; острого бактериального тонзиллита (ангины); паратонзиллита; эпиглоттита; обструктивного ларингита с явлениями стеноза гортани 2-3 степени; острого гнойного трахеобронхита/бронхита; пневмонии.

Патогенетическая терапия. Патогенетическая терапия включает **назначение противовоспалительных средств**, которые делятся на: нестероидные противовоспалительные лекарственные средства (НПВС), кортикостероидные препараты (КС).

Симптоматическая терапия. Третьим направлением терапии является симптоматическая терапия. К ней относятся **противокашлевые средства и жаропонижающие препараты.**

Терапия кашля. Многообразие причин, вызывающих кашель, сложность его патогенеза и возможность развития осложнений исключают бездумность и механистичность в выборе терапии этого синдрома, особенно у детей. **Деконгестанты.** В комплексное лечение детей с ОРВИ необходимо включать средства, направленные на